



SEDE SUBREGIONAL EN MÉXICO

ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES SOBRE SISTEMAS NACIONALES DE SALUD: EL CASO DE COSTA RICA

Pablo Sauma

Este documento fue preparado por Pablo Sauma, Consultor de la Unidad de Desarrollo Social, de la Sede Subregional de la CEPAL en México, bajo la coordinación de Mariela Buonomo, Oficial de Desarrollo Social de CEPAL/México.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
I. ORGANIZACIÓN Y MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA DE SALUD	9
A. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	9
B. MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA DE SALUD	10
C. MECANISMOS DE RECLAMACIÓN DE DERECHOS RELATIVOS A LA SALUD	13
D. MECANISMOS DE RECLAMACIÓN DE DERECHOS RELATIVOS A LA SALUD	14
II. COBERTURA, FINANCIAMIENTO Y GASTO EN SALUD	15
A. POBLACIÓN CUBIERTA POR EL SEGURO SOCIAL DE SALUD	15
B. FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	19
C. CONSIDERACIONES SOBRE EL GASTO PRIVADO EN SALUD	23
III. GESTIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD	25
A. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	25
B. LOS RECURSOS HUMANOS DEL SEGURO DE SALUD	28
C. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS POR EL SEGURO DE SALUD	29
D. CONSIDERACIONES SOBRE EL SISTEMA DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS	32
IV. A MODO DE CONCLUSIÓN: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD	33
BIBLIOGRAFÍA	37

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1: COSTA RICA: PORCENTAJE DE LA PEA CUBIERTA POR EL SEGURO SOCIAL DE SALUD, 1950-2010	16
CUADRO 2: COSTA RICA: ASEGURADOS DIRECTOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD, JUNIO DE 2012	17
CUADRO 3: COSTA RICA: CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO (SEGURO SOCIAL DE SALUD) DE LA POBLACIÓN TOTAL, JULIO DE 2012	18
CUADRO 4: CCSS: INGRESOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD, 2008-2012	20
CUADRO 5: COSTA RICA: GASTO PÚBLICO EN SALUD, 2000-2012	21
CUADRO 6: CCSS: GASTOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD, 2008-2012	22
CUADRO 7: COSTA RICA: GASTO PRIVADO MENSUAL EN SALUD	24
CUADRO 8: PERSONAL DEL SEGURO DE SALUD POR GRUPO OCUPACIONAL, 2011	28

CUADRO 9: SEGURO SOCIAL DE SALUD EN COSTA RICA: CAMAS, EGRESOS HOSPITALARIOS, ESTANCIA PROMEDIO Y GIRO DE CAMAS, 2011	29
CUADRO 10: COSTA RICA: ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD, 2011.....	31
CUADRO 11: COSTA RICA: INDICADORES RESUMEN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD, 2011	31
ÍNDICE DE MAPAS	
MAPA 1: DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EN TERRITORIO COSTARRICENSE...	27

RESUMEN

Este informe forma parte de un estudio comparativo de sistemas de salud en Canadá, España y Reino Unido en la OCDE, y Chile y Costa Rica en América Latina, dirigido por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Nacional Autónoma de Madrid con la finalidad de informar sobre diferentes alternativas para la constitución de un sistema nacional de salud en México. El propósito del presente documento es describir y analizar la organización, el funcionamiento, la cobertura, la prestación de servicios, y el financiamiento del sistema nacional de salud de Costa Rica. Asimismo, se analiza la actual situación del seguro social de salud y se delinean los principales desafíos que el mismo enfrenta.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio forma parte de la colaboración que la Sede Subregional de la CEPAL en México brinda a la investigación sobre la creación de un sistema nacional de salud en México, dirigida por la Universidad Nacional Autónoma (UNAM) de México y la Universidad Nacional Autónoma de Madrid.

En ese marco, los objetivos específicos del estudio aquí realizado son: a) describir los marcos jurídicos que garantizan el cumplimiento del derecho humano a la salud en Costa Rica; y b) describir y analizar el esquema general de organización y funcionamiento del sistema de salud, su financiamiento, el gasto, la provisión de servicios y su contenido, la población beneficiaria, los criterios de racionamiento de los servicios de atención, los esquemas de adquisición de medicamentos, uso de los recursos humanos, e indicadores de eficiencia.

El informe se divide en cuatro capítulos. En el primero de ellos se presenta lo referente a la organización y el marco normativo del sistema de salud, así como los mecanismos de reclamación de derechos relativos a la salud. En el segundo capítulo se incluye lo relativo a la cobertura, el financiamiento y el gasto en salud. En el capítulo III se analiza la gestión del seguro social de salud. Y, por último, en el capítulo IV se realiza un análisis de la situación del seguro social de salud.

I. ORGANIZACIÓN Y MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud costarricense sufrió una importante transformación a mediados de la década de los años noventa, cuando se inició la implementación de la denominada “reforma del sector salud”. El origen de la misma se encuentra en las discusiones sobre el sector desde mediados de la década de los años ochenta, pero puntualmente con la instalación en 1991 de una Comisión Evaluadora del Sector Salud, en el marco de la discusión sobre la Reforma del Estado Costarricense. Esta Comisión identificó los principales problemas que el sector enfrentaba y, a partir de sus resultados, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), elaboraron el Plan Nacional de Reforma del Sector Salud (1993).

Según ese Plan, los objetivos primordiales de la reforma fueron: a) el aumento de la capacidad institucional; b) el rediseño de la organización, y c) el funcionamiento del sistema de salud y el impulso de un modelo de atención que pone énfasis en la Atención Primaria. Estos objetivos se enmarcaron en los principios orientadores del modelo de la Seguridad Social: Universalidad, Equidad y Solidaridad. Dicho Plan se fue implementando en el transcurso del tiempo, y aún hoy día hay aspectos de la reforma en los que no se ha avanzado, por lo que se trata de una reforma inconclusa.

A continuación se detalla la organización del sistema nacional de salud, su marco normativo, así como los mecanismos de reclamación de derechos relativos a salud.

A. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

En la actualidad, el sistema de salud costarricense está conformado por un rector (el Ministerio de Salud) y por prestadores de servicios tanto públicos como privados.

1. Rectoría: Ministerio de Salud

En el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud (Decreto Ejecutivo No. 34.510, año 2008) se señala que la rectoría de la salud es la *“función mediante la cual el Ministerio de Salud lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población”*. Es importante destacar que antes de la reforma arriba mencionada, el Ministerio de Salud también realizaba funciones de atención preventiva y curativa a personas, pero las mismas fueron trasladadas a la CCSS.

2. Servicios de salud

En el mismo Reglamento se definen los servicios de salud como aquellos que se proveen a las personas, ya sea en forma individual o colectiva, incluidos los relacionados con el hábitat en que se desenvuelven, que tienen como fin proteger y mejorar, con equidad, su estado de salud. Se refiere a los servicios de atención a las personas intramuros (puesto de salud, sede de Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS), consultorio, clínica, hospital, farmacias, laboratorios, entre otros) y extramuros (escenarios: domiciliario, escolar, laboral y comunal), así como al suministro de agua segura para uso humano, la disposición sanitaria de aguas residuales, la disposición sanitaria de residuos sólidos, la disposición sanitaria de aguas pluviales y el control de la fauna nociva para las personas.

3. Prestadores de servicios

Los prestadores son públicos y privados. El más importante prestador de servicios de salud del país es la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución pública administradora del seguro social de salud (obligatorio, solidario y universal), que cubre a un 85,2% de la población nacional en la condición de aseguramiento formal (según la Encuesta Nacional de Hogares 2012), aunque en la práctica atiende al 100% de la población, especialmente por la vía de urgencias. Se financia tripartitamente, con las contribuciones de los trabajadores, los patronos y el Estado.

En el caso del sistema público de salud también se incluyen el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (ICAA) y las áreas de salud de las universidades; sin embargo, los temas de agua y saneamiento y el aporte de las universidades en formación de recursos humanos e investigación no son considerados para efectos del presente.

Otro actor público importante es el Instituto Nacional de Seguros (INS), empresa de carácter público que hasta hace pocos años tuvo el monopolio de los seguros en el país —excluyendo aquellos a cargo de la CCSS—, que brinda servicios de salud como parte de las prestaciones de los seguros de Riesgos del Trabajo y Obligatorio para Vehículos Automotores, los cuales administra. Algunos de estos servicios los presta directamente, y en algunos casos los contrata a diferentes prestadores. El Seguro de Riesgos del Trabajo cubre a los trabajadores asegurados ante la eventual ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales en el desempeño de su tarea. El patrono absorbe el costo de este seguro, que es obligatorio. El Seguro Obligatorio para Vehículos Automotores (SOA) brinda los servicios de atención médica a las víctimas de accidentes de tránsito, entre otras prestaciones. El seguro lo pagan anualmente los propietarios de los vehículos automotores, junto con el derecho de circulación. No obstante, estos seguros no se consideran en este estudio por dos motivos. Primero, porque son seguros de pólizas individuales, en los que los servicios se brindan a los asegurados que lo requieran hasta que su póliza se agote, sin componente solidario (más bien priva la búsqueda de beneficios para la institución). En segundo lugar, porque a raíz de la apertura del monopolio en 2008, la información sobre estos seguros pasó a ser confidencial, por lo que no está disponible para su utilización.

En lo que respecta al sector privado, siempre ha desempeñado un papel importante en la prestación de servicios, pero a partir de la década de los años noventa, dicho sector ha mostrado un crecimiento acelerado. Se incluyen aquí los servicios de consultas médicas (principalmente de especialistas) y odontológicas, de hospitalización, los servicios de apoyo (microbiología, exámenes de diversos tipos, entre otros), así como la provisión de productos farmacéuticos.

B. MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA DE SALUD

El marco normativo que regula el tema de salud en Costa Rica incluye tanto Tratados Internacionales (entre otros, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), como una sólida legislación nacional. En este último caso, la Constitución Política (de 1949 y sus reformas) es el máximo instrumento jurídico del país. Sin embargo, cronológicamente, primero se debe hacer referencia a la creación en 1941 de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

1. Creación de la Caja Costarricense de Seguro Social

Esta institución fue creada para administrar los seguros sociales obligatorios. Según la Ley Orgánica de la institución (Ley No. 17 de 1943), *“El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario”* (artículo 2) y *“Las coberturas de Seguro Social —y el ingreso al mismo— son obligatorias para todos los trabajadores manuales e intelectuales que*

perciban sueldo o salario...” (artículo 3). Si bien la cobertura inicial está contemplada solamente para los trabajadores asalariados, la ley prevé su extensión a los trabajadores independientes (en el mismo artículo 3) “La Junta Directiva fijará la fecha en que entrará en vigencia el Seguro Social de los trabajadores independientes y las condiciones de este seguro”.

2. Constitución política

La Constitución Política de 1949 (y sus reformas) no hace referencia explícita a la salud, pero consolida los seguros sociales a cargo de la CCSS. En su artículo 73, señala *“Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social... Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales”*. Esta última oración es importante porque constituye la explicación al hecho de que el seguro de riesgos profesionales se haya mantenido aparte (administrado por el Instituto Nacional de Seguros).

Además del financiamiento tripartito ‘forzoso’, mencionado en el artículo 73, la Constitución Política dispone en su artículo 177 el cargo al presupuesto nacional de los déficit en que incurran los seguros sociales: *“... Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de Presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada Institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado...”*. Hay que resaltar que ese mismo artículo de la Constitución Política confirma la ‘universalización’ de los seguros sociales.

3. Ley General de Salud

La Ley General de Salud (N° 5395 de 1973 y sus reformas —que reemplaza la legislación previa en la materia—) establece (artículo 1) que *“La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”*; y (artículo 2) *“Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias”*.

La parte específica de la rectoría, como ya se ha señalado, es definida en el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud (Decreto Ejecutivo No. 34.510, año 2008) como la *“función mediante la cual el Ministerio de Salud lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población”*. En ese mismo reglamento (artículo 3) se especifican las funciones del Ministerio de Salud, atendiendo lo establecido en la Ley General de Salud:

a) Determinar las políticas nacionales de salud: definir las prioridades de intervención sobre la situación de salud y sus determinantes y, cuando sea necesario para causar el impacto requerido, concertar directamente con los actores del Sistema Nacional de Salud, las acciones estratégicas necesarias, incluidas

las relacionadas con la consecución de recursos, para proteger y mejorar el estado de salud de la población.

b) Promoción de la salud: definir y ejecutar las acciones necesarias para posicionar el valor de la salud en la población, persuadir o incentivar a los actores sociales para que adopten e implementen las acciones de promoción de la salud.

c) Vigilancia de la salud: seleccionar, recopilar, integrar, analizar y difundir información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población.

d) Planificación estratégica de la salud: función que consiste en formular y ejecutar planes y proyectos sectoriales e intersectoriales, dirigidos a proteger y mejorar la salud de la población, a partir de las políticas nacionales de salud y la información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias.

e) Modulación del financiamiento de los servicios de salud: función que consiste en garantizar que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en los planes de desarrollo.

f) Armonización de la provisión de los servicios de salud: determinar, con criterios de necesidad, desempeño e impacto, el conjunto de servicios de salud que deben ser garantizados por el Estado, definir el modelo mediante el cual se entregan esos servicios, y promover la articulación y complementariedad de los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados.

g) Regulación en salud: elaborar y controlar el marco normativo que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario; o que realice actividades o mantenga conductas que, por su naturaleza, puedan afectar la salud de las personas, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, según corresponda, de los bienes, servicios, actividades y conductas, de interés o impacto sanitario.

h) Evaluación del impacto de las acciones en salud: evaluar el impacto de las acciones, sectoriales e intersectoriales, dirigidas a proteger y mejorar la salud de la población.

La Ley General de Salud es muy amplia, y establece la regulación para el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, así como para la prestación de servicios. Destacan, entre otros: i) deberes y restricciones en el ejercicio de las profesiones y oficios en ciencias de la salud; ii) requisitos para operar Laboratorios de Salud (laboratorios de análisis químico-clínicos, bancos de sangre, laboratorios biológicos) y restricciones; iii) medicamentos, y iv) requisitos para operar establecimientos farmacéuticos y restricciones, entre otros. Es importante destacar que estas disposiciones rigen tanto para establecimientos y servicios privados como para públicos.

Es importante observar que, independientemente de que se logre la cobertura universal del seguro administrado por la CCSS y la condición de aseguramiento, la Ley General de Salud en su artículo 3 dispone que *“Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de su familia y la de la comunidad.”*

4. Otra normativa

Existe una amplia normativa, que en el marco general de los instrumentos generales antes mencionados, regula aspectos específicos del sector. Son relevantes aquí los reglamentos relacionados con la afiliación y operación del seguro de salud (enfermedad y maternidad), emitidos por la Junta Directiva de la CCSS —constituida tripartitamente—, a la que la Ley Constitutiva de la institución otorga amplios poderes para definir reglamentos y normativa interna.

También son importantes todas las leyes y decretos relacionados con la universalización de los servicios que brinda la CCSS (algunos de los cuales serán mencionados más adelante), con la reforma del sector, y otros. Sin embargo, se considera que su enumeración y análisis escapa al objetivo del presente estudio.

C. MECANISMOS DE RECLAMACIÓN DE DERECHOS RELATIVOS A LA SALUD

El principal mecanismo al que recurren los residentes en Costa Rica (nacionales y extranjeros) para reclamar sus derechos en salud es la Sala Constitucional del Poder Judicial. Esta Sala fue creada en 1989 (Ley N° 7.128), como una instancia especializada de la Corte Suprema de Justicia para conocer y declarar, por mayoría absoluta de sus miembros, la “inconstitucionalidad de las normas de cualquier naturaleza y de los actos sujetos al derecho público” (artículo 10, párrafo primero de la Constitución), así como de los recursos de hábeas corpus y amparo, para garantizar la integridad y libertad de las personas y el goce de los otros derechos consagrados en la Constitución y en los instrumentos internacionales sobre derecho humanos (artículo 48 constitucional).

Según estadísticas oficiales del Poder Judicial, entre 1989 y 2012 a la Sala Constitucional entraron 86.941 casos, de los cuales 68.537 (78,8%) correspondieron a Recursos de Amparo, poniendo en evidencia que es un mecanismo muy utilizado por la población.

Se estima que en los últimos años ese tribunal recibe en promedio, al menos, 15 Recursos de Amparo diarios contra la CCSS en resguardo del Derecho a la Protección de Salud, tanto en lo referente a medicamentos, como a las listas de espera para exámenes y cirugías, y prestación de otros servicios.

El caso de los medicamentos es especialmente importante, pues generalmente se trata de fármacos para tratamientos especiales fuera de la Lista Oficial de Medicamentos. Para ilustrar la situación, según el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (2009), en el año 2008 la Sala Constitucional dio trámite a 103 recursos de amparo interpuestos en relación con el suministro de medicamentos por parte de la CCSS, de los cuales declaró 60 con lugar, en beneficio de 71 personas. Estas sentencias obligaron a la institución a comprar medicamentos específicos para los 71 pacientes beneficiados, con una erogación de 1,5 millones de dólares, cifra que representó el 1% del presupuesto total de la CCSS para la compra de medicamentos.

En el 2009 se interpusieron en la Sala Constitucional 164 recursos de amparo en materia de medicamentos, de los cuales 106 fueron declarados con lugar, con un costo similar al arriba indicado, de 1,5 millones de dólares (Dirección de Farmacoepidemiología de la CCSS). Es importante destacar, que, según la misma fuente, en el 2009 de ese monto, casi 1,4 millones de dólares correspondieron a medicamentos para oncología.

D. MECANISMOS DE RECLAMACIÓN DE DERECHOS RELATIVOS A LA SALUD

Todos los extranjeros residentes legales en el país pueden asegurarse directamente, con los mismos derechos y beneficios que los nacionales, así como obligaciones. Los extranjeros en situación migratoria irregular, así como los extranjeros transitoriamente en el país, y que hayan ingresado al mismo de forma regular, pueden utilizar los servicios de salud en caso de urgencia, y una vez que recibieron la atención, se procede a la facturación de los servicios.

La Ley General de Migración y Extranjería vigente en el país (Ley No. 8764 de 2009), establece en el inciso 7 del artículo 7 que *“la tramitación de toda gestión migratoria deberá garantizar el aseguramiento a la seguridad social por parte de las personas migrantes. Tal garantía obligará a que todo trámite migratorio deba contemplar, como uno de sus requisitos básicos, contar con los seguros que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).”* Con ello se pretende el aseguramiento de toda la población migrante regular del país.

II. COBERTURA, FINANCIAMIENTO Y GASTO EN SALUD

En este capítulo se analiza la cobertura del seguro social de salud, el financiamiento y el gasto de los servicios a cargo del sector público, y se realizan algunas consideraciones sobre el gasto privado en salud.

A. POBLACIÓN CUBIERTA POR EL SEGURO SOCIAL DE SALUD

El seguro social de salud (enfermedad y maternidad) a cargo de la CCSS es en principio obligatorio, pretende ser universal en su afiliación y cobertura, y es solidario tanto en su financiamiento (todos pagan de acuerdo con sus salarios/ingresos), como en las prestaciones (todos reciben los servicios según sus necesidades).

Se indica arriba que pretende ser universal, pues a la fecha no se ha alcanzado la afiliación del 100% de la población. Como ya se ha señalado, según la Encuesta Nacional de Hogares del 2012 (realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC), en ese año un 85,2% de la población nacional estaba asegurada, aunque en la práctica se atiende al 100% de la población, especialmente por la vía de urgencias.

El proceso de universalización de la afiliación ha sido lento. Aun cuando desde su creación, el seguro fue dirigido a (todos) los trabajadores “manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario” (artículo 3 de la Ley Constitutiva de la CCSS), en un inicio fue obligatorio para trabajadores con salarios inferiores a cierto límite (obreros) de la capital y principales cabeceras de provincia. El seguro beneficiaba solamente a los asegurados directos (y no al núcleo familiar). Si bien en el mismo artículo 3 se indicaba que la Junta Directiva debería fijar la fecha de entrada en vigencia del seguro de los trabajadores independientes y las condiciones de este seguro, no se produjeron avances.

En 1961, mediante Ley No. 2738, se agregó un párrafo transitorio al artículo 177 de la Constitución Política, en el que se señala: *“La Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional”*. Es decir, se puso plazo a la universalización, y se ordenó la cobertura familiar.

En 1973 se emitió la Ley de Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad (Ley N° 5349), que traspasó a la CCSS los hospitales y otros establecimientos y recursos de salud hasta el momento administrados por otras instituciones.¹ En lo que se refiere a la cobertura, ocurrió un gran avance en 1975, con la creación del Seguro Voluntario y la promulgación del Reglamento para la extensión de los Seguros Sociales a los Trabajadores Independientes. Si bien inicialmente la afiliación fue obligatoria, por limitaciones de carácter jurídico, ésta pasó a ser voluntaria a partir de 1978. Conviene destacar que en la Ley de Protección al Trabajador (Ley No. 7983 del año 2000) se reitera la importancia de que los trabajadores independientes se afilien a la CCSS (transitorio XII), pero no establece la obligatoriedad.

¹ Es importante enfatizar que el Ministerio de Salud mantuvo la prestación de los servicios de atención primaria de la salud, mientras que la CCSS se ocuparía de las clínicas y los hospitales. Posteriormente, en 1982 se inició un proceso de integración de los servicios brindados por ambas instituciones, hasta que a mediados de los años noventa, con la reforma del sector, la CCSS asumió totalmente la prestación de los servicios.

En 1984 ocurrieron dos avances significativos para la cobertura del seguro. El primero fue la protección mediante convenios de aseguramiento colectivo de trabajadores independientes agrupados en organizaciones gremiales o comunitarias, inicialmente dirigido a las organizaciones de pequeños y medianos agricultores, pero que luego se extendió a diversos grupos de trabajadores independientes.

El segundo fue la creación del Seguro por Cuenta del Estado para proteger a la población indigente. Los asegurados por cuenta del Estado son personas que, junto con sus familias, adquieren la condición de asegurados por carecer de ingresos suficientes, y por su condición de pobreza se encuentran en imposibilidad de cubrir las cotizaciones del seguro de salud. La Ley de Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad (Ley N° 5349, 1973) establece en su artículo 2: “la Caja deberá prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de sus servicios médicos y, para atender tales obligaciones, se dotará a la Caja de las rentas específicas necesarias”. A partir de 1987, con la emisión del “Reglamento del régimen de asegurados por cuenta del Estado” (Decreto Ejecutivo N° 17898-S de 1987) se formalizó el cumplimiento de lo dispuesto por la ley (una normativa posterior ha sido emitida).

En el cuadro 1 se muestra la evolución de la cobertura del seguro social de salud (asegurados directos) respecto de la población económicamente activa (PEA) total. Como se aprecia, de forma consistente con lo antes expuesto, en 1950 la cobertura apenas alcanzaba un 21,9% de la PEA y para 1970 había crecido hasta un 37,7%. Luego con las propuestas de universalización de los años setenta, se llega a alcanzar un 67,2% en 1980, magnitud que con algunas pequeñas variaciones se mantiene durante las décadas siguientes.

CUADRO 1
COSTA RICA: PORCENTAJE DE LA PEA CUBIERTA
POR EL SEGURO SOCIAL DE SALUD, 1950-2010

Año	%
1950	21,9
1960	25,2
1970	37,7
1980	67,2
1990	64,8
2000	64,6
2010	66,0

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS.

Según cifras oficiales de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS (Estadística de Patronos, Trabajadores y Salarios), a junio del 2012 el total de asegurados directos activos era de 1.557.783 personas, cifra que representa un 67% de la PEA de ese año.

Como se refleja en el cuadro 2, prácticamente tres de cada cuatro asegurados directos activos son asalariados, y uno de cada cuatro, no asalariados. Los asalariados del sector privado son poco más de la mitad del total de asegurados directos activos, y los asalariados del sector público casi una quinta parte. En el caso de los trabajadores no asalariados, la gran mayoría son asegurados como trabajadores independientes, y una cantidad menor por convenios especiales.

CUADRO 2
COSTA RICA: ASEGURADOS DIRECTOS DEL SEGURO SOCIAL
DE SALUD, JUNIO DE 2012

	Personas	Total asegurados (%)	Total asegurados directos activos (%)
Total asegurados directos	2 304 020	100,0	
Asegurados directos activos	1 557 783	67,6	100,0
Asalariados	1 144 159	49,7	73,4
Empresa privada	845 623	36,7	54,3
Servicio doméstico	13 256	0,6	0,9
Sector público	285 280	12,4	18,3
No asalariados	413 624	18,0	26,6
Trabajadores independientes	344 830	15,0	22,1
Convenios especiales	68 794	3,0	4,4
Aseg. directos pensionados ^a	344 718	15,0	
Aseg. por cuenta del Estado ^b	401 519	17,4	

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS.

^a Pensionados y jubilados de regímenes de pensiones administrados por el sector público.

^b Algunos de estos asegurados por cuenta del Estado podrían formar parte de la PEA, pero para efectos de esta clasificación priva la forma de aseguramiento.

Además de los asegurados directos que forman parte de la PEA, también son asegurados directos los pensionados y jubilados de regímenes de pensiones administrados por el sector público, y también la población en situación de indigencia asegurada por el Estado. ² Al agregar éstos a los activos, el total de asegurados directos se incrementa a 2.304.020 personas en junio de 2012 (véase el cuadro 2), cifra que representa prácticamente la mitad de la población (49,5%).

La CCSS no dispone de información sobre los hogares de los asegurados y sus características, motivo por el cual para aproximar el perfil de los asegurados y no asegurados se debe recurrir a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), realizada anualmente por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), con cobertura nacional.

En el cuadro 3 se presentan los resultados de la ENAHO 2012 (el trabajo de campo se realiza en julio). Tal como se esperaba, existen diferencias entre esos resultados y los registros administrativos (cuadro 2), pero las mismas son pequeñas, lo que da confiabilidad al análisis a continuación.

Un 45,4% de la población es asegurada directa, la mayor parte de ellos por su participación activa en el mercado de trabajo (32,9%), una proporción menor por su condición de pensionado o jubilado de regímenes públicos (7,9%), y un 4,6% como asegurados por cuenta del Estado.

² Como se indica en el cuadro 2, algunos de los asegurados por cuenta del Estado podrían formar parte de la PEA, pero para efectos de la clasificación realizada, priva la forma de aseguramiento.

CUADRO 3
COSTA RICA: CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO (SEGURO SOCIAL DE SALUD)
DE LA POBLACIÓN TOTAL, JULIO DE 2012

	Población	Porcentaje de la población
Población total	4 667 076	100,0
Asegurados directos	2 118 123	45,4
Activos	1 535 097	32,9
Asalariados	1 117 460	23,9
Empresa privada	807 326	17,3
Servicio doméstico	23 227	0,5
Empleados públicos	286 907	6,1
No asalariados	417 637	8,9
Independientes	388 665	8,3
Convenios especiales	28 972	0,6
Pensionados ^a	369 108	7,9
Cuenta del Estado	213 918	4,6
Asegurados indirectos	1 860 034	39,9
Familiares de activos	1 757 885	37,7
Familiares de pensionados ^a	102 149	2,2
No asegurados	688 919	14,8

Fuente: estimación propia con la base de datos de la ENAHO 2012.

^a Pensionados y jubilados de regímenes de pensiones administrados por el sector público.

Prácticamente, un 40% de la población es asegurada indirecta, por su condición de familiares de asegurados directos, ya sean activos o pensionados. Finalmente, un 14,8% de la población no es asegurada.

De la población no asegurada (688.919 personas), 306.308 personas (un 44,5% del total de no asegurados) son ocupados, y 86.011 (12,5%) estaban desempleados en el momento de la encuesta. El restante 43,1% (296.600 personas) corresponde a población inactiva.

Cuando se consideran solamente los ocupados no asegurados, se encuentra una combinación de asalariados en empresas privadas (sector informal, principalmente), servicio doméstico, y trabajadores independientes. Llama la atención que en términos porcentuales las magnitudes entre asalariados y no asalariados son muy similares, poniendo en evidencia que el problema de cobertura no es exclusivo de los trabajadores independientes.

En el caso de la población inactiva no cubierta por el seguro social de salud (296.600 personas), conviene destacar que un 43,4% se encuentran en situación de pobreza (el porcentaje de hogares pobres en el año considerado fue de 20,6%, por lo que prácticamente corresponde con el I quintil de hogares según su ingreso per cápita), por lo que tendrían acceso al aseguramiento por cuenta del Estado, y un 23,8% se podrían considerar ‘vulnerables’ a la pobreza, con ingresos que los ubican en el segundo quintil.

Dos últimos aspectos a resaltar son los siguientes. En primer lugar, según la ENAHO 2012, entre los ocupados asalariados el aseguramiento directo alcanzaba el 84,5%, mientras que entre los no asalariados (cuenta propia y patronos) apenas fue de 56,1%, poniendo en evidencia que lograr el aseguramiento de todos los ocupados requiere esfuerzos especiales con los trabajadores independientes. En esta misma línea, se debe destacar que un 21,2% (uno de cada cinco) de los trabajadores no asalariados era en ese año asegurado indirecto (un 74,4% son mujeres), lo cual constituye un aliciente a no optar al aseguramiento directo por el costo que conlleva, pero que deja de lado los beneficios de la cotización, como el caso de la percepción del pago por concepto de incapacidad en caso de enfermedad (solamente los cotizantes tienen ese derecho), y de la pensión por vejez.

En segundo lugar, lo relacionado con los inmigrantes. La ENAHO no capta información sobre la situación migratoria (regular o irregular) de las personas nacidas en el extranjero, por lo que no es posible conocer con precisión su situación. La utilización de registros administrativos, por su parte, tiene la limitación de que considera solamente a los asegurados. No obstante, a partir de la encuesta de hogares se puede tener una idea de lo que sucede: mientras que no estaban asegurados (ni directa ni indirectamente) sólo un 13% de los trabajadores ocupados nacidos en Costa Rica, en el caso de los nacidos en el extranjero, el porcentaje asciende a 30,6%. Sobre este particular, debe tomarse en cuenta que la reforma migratoria a que se hizo referencia en el primer capítulo —que exige el aseguramiento para regularizar la situación en el país de los inmigrantes— se encuentra en proceso, por lo que hasta el 2014 se debe esperar mejorías en esa situación.

B. FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Se consideran aquí el Ministerio de Salud como rector del sistema y el seguro social de salud administrado por la CCSS.

En lo que respecta al financiamiento, el gasto de la rectoría (Ministerio de Salud) se financia principalmente con recursos del presupuesto nacional, que provienen mayoritariamente de impuestos indirectos. Por su parte, el seguro social de salud de la CCSS, como se ha mencionado, se financia con contribuciones tripartitas sobre la base de cotización del ingreso laboral: 5,50% al trabajador, 9,25% al patrono y 0,25% al Estado, para un total de 15%.

La anterior escala contributiva se aplica a los trabajadores asalariados, con diferencias para las otras modalidades de aseguramiento. En el caso de los trabajadores independientes antes de noviembre del 2012 la cotización total era de 11,5%, pero a partir del 1 de noviembre de ese año fue incrementada a 12%. En el caso del ingreso mínimo contributivo (es decir, el ingreso mínimo sobre el cual puede cotizar cualquier trabajador), las contribuciones son de 4% para el trabajador y 8% para el Estado, y conforme aumenta el ingreso, cambian gradualmente los porcentajes, al punto en que a partir de ingresos iguales o superiores a 6 veces el salario mínimo, la total de la contribución (12%) recae sobre los trabajadores.

En el caso de los asegurados por convenios especiales, también hay contribución estatal, y los porcentajes se fijan según las características del grupo de trabajadores.

En el cuadro 4 se muestran los ingresos del seguro de enfermedad y maternidad de la CCSS para el período 2008-2012. Como se aprecia en el cuadro, los ingresos mostraron un fuerte aumento en términos nominales y reales en el año 2009, pero luego han tenido un crecimiento más modesto.

Como se verá con mayor detenimiento más adelante en este informe, en 2010, y especialmente en 2011, el seguro de salud sufrió una fuerte crisis financiera, resultado de los fuertes incrementos en los gastos en los años 2009 y 2010, y un menor crecimiento en los ingresos, principalmente como resultado de las crisis económica internacional de 2009, que tuvo un importante impacto en el país.

Los ingresos corrientes son los más importantes para el seguro de salud, representando más de un 87% del total de ingresos a lo largo del período considerado. A su vez, los ingresos tributarios, que consisten específicamente en las contribuciones a la seguridad social, son los más importantes ingresos corrientes, y han representado en los años considerados un 82% o más de los ingresos corrientes.

CUADRO 4
CCSS: INGRESOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD, 2008-2012
(En miles de millones de colones corrientes y constantes, porcentajes)

	2008	2009	2010	2011	2012
Miles de millones de colones corrientes					
Total de ingresos	884,3	1 107,9	1 205,7	1 310,9	1 442,0
Ingresos corrientes	795,7	967,9	1.071,6	1.268,8	1 409,4
Ingresos tributarios	708,4	818,1	933,7	1.047,2	1 155,4
Contrib. patronal sector privado	246,6	266,2	299,6	333,7	371,8
Contrib. obrera sector privado	165,7	179,0	204,1	229,1	256,9
Contrib. patronal sector público	185,5	234,0	268,3	303,2	330,6
Contrib. obrera sector público	110,5	138,9	161,7	181,2	196,0
Ingresos no tributarios	43,5	52,9	52,0	49,6	62,6
Transferencias corrientes	43,8	96,9	85,9	172,1	191,4
Ingresos de capital	17,8	87,9	40,0	3,6	1,9
Financiamiento	70,8	52,2	94,1	38,4	30,7
Miles de millones colones 2012 ^a					
Total ingresos	1 104,3	1 283,0	1 321,4	1 369,8	1 442,0
Porcentajes					
Crecimiento ingresos reales	-	16,2	3,0	3,7	5,3
Ingresos corrientes/total ingresos	90,0	87,4	88,9	96,8	97,7
Contribuciones/ingresos corrientes	89,0	84,5	87,1	82,5	82,0

Fuente: CCSS: Liquidaciones Presupuestarias 2008-2012 (Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto).

^a Deflactado con el Índice de Precios al Consumidor.

En 2011 y 2012 adquieren una mayor importancia las transferencias corrientes, que pasan de 85,9 miles de millones de colones en 2010, a 172,1 en 2011 y a 191,4 en 2012. La mayor parte de estas transferencias provienen del gobierno central, y corresponden a los diferentes pagos que debe realizar el gobierno con motivo de diferentes leyes a las que se ha hecho referencia (incluyendo su contribución estatal a la seguridad social).

A modo de ejemplo, la transferencia corriente realizada por el gobierno central en el año 2012 fue de 176,6 miles de millones de colones, que incluye lo siguiente: contribución estatal: 23,6; atención población indigente: 40,3; cuota trabajadores independientes y régimen no contributivo de pensiones:

52,3; sistema penitenciario: 2,2; ley de paternidad responsable: 0,6; y pago de deuda períodos anteriores: 57,7 miles de millones de colones.

Estos aportes del gobierno central han jugado un papel relevante en la recuperación del equilibrio financiero del seguro de salud, así como las acciones por el lado de los gastos a que se hace referencia a continuación.

En lo que respecta al gasto total en salud, en términos generales para el período 2000-2012, el gasto de la rectoría ha representado cerca de un 10% del gasto público total en salud (cuadro 5).

CUADRO 5
COSTA RICA: GASTO PÚBLICO EN SALUD, 2000-2012

	Gasto público en salud			% rectoría	Gasto público en salud como % de	
	Millones de colones junio de 2006 ^a	Millones de dólares corrientes	Dólares corrientes per cápita		PIB	Gasto público consolidado
2000	471 546	800	204	n.d.	5,0	11,8
2001	498 087	881	220	n.d.	5,4	11,6
2002	539 658	953	234	10,7	5,7	11,4
2003	573 606	1 000	242	10,7	5,7	11,6
2004	528 603	943	224	9,8	5,1	10,4
2005	523 464	973	228	9,8	4,9	10,0
2006	565 831	1 096	253	9,4	4,9	10,1
2007	634 732	1 331	303	8,9	5,1	10,7
2008	744 130	1 737	390	11,4	5,8	10,7
2009	840 581	1 943	431	13,5	6,6	11,5
2010	883 248	2 352	515	10,7	6,5	11,2
2011	922 998	2 680	581	10,6	6,5	12,3
2012 ^b	1.001 809	3 057	655	16,0	6,8	12,7

Fuente: Elaboración propia con cifras de la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria del Ministerio de Hacienda y del Banco Central de Costa Rica.

^a Deflactado con el Índice de Precio del Consumidor (julio 2006 = 100%).

^b No se incluye el gasto en la construcción del Hospital del Trauma (INS).

El gasto público en salud ha tenido un fuerte incremento en términos reales entre los años 2000 y 2012, al punto en que más que se duplica entre los dos años extremos. Los incrementos más fuertes ocurrieron entre 2007-2009, asociados principalmente a una fuerte expansión en la planilla (número de empleados) y los salarios de los empleados.

Con respecto al PIB, este gasto pasa de cerca de un 5% en los primeros años considerados, a un 6,5% o más a partir del 2009, reflejando su enorme importancia macroeconómica (véase el cuadro 5).

En dólares de los Estados Unidos, el aumento ha sido mayor (cuadro 5), pues en los últimos años ha habido una apreciación del colón. En esa misma moneda, el gasto público per cápita en salud se ha incrementado de 204 dólares en el 2000 a 655 dólares en el 2012 (en dólares corrientes).

Para el caso específico del seguro de salud se muestra el detalle del gasto por principales rubros para el período 2008-2012 (véase el cuadro 6). Como se aprecia en el mismo, el gasto tuvo fuertes incrementos en los años 2009 y 2010, que se explican principalmente por un severo aumento en las remuneraciones, que se explican tanto por alzas salariales a los trabajadores, como por el crecimiento en la planilla. Este aumento en el gasto, junto con la caída en los ingresos, provocó la crisis financiera a la que ya se ha hecho referencia.

En los últimos años se ha producido una fuerte contención en el crecimiento del gasto, para aminorar la crisis financiera.

CUADRO 6
CCSS: GASTOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD, 2008-2012
(En miles de millones de colones corrientes y constantes y en porcentajes)

	2008	2009	2010	2011	2012
Miles de millones colones corrientes					
Total gastos	847,2	1 013,8	1 167,3	1 280,2	1 363,3
Remuneraciones	509,7	645,8	799,1	858,3	898,6
Cesantía ^a	9,0	11,7	19,3	19,8	40,3
Prod. farmacéuticos y medicinales	80,4	71,7	81,6	101,2	102,6
Incapacidades ^b	35,9	49,0	53,1	62,1	69,0
Inversión (bienes duraderos)	51,7	63,8	34,3	27,0	27,7
Mat. y sumin. excepto medicamentos	76,1	76,7	76,2	94,8	100,9
Otros gastos	84,4	95,0	103,6	117,0	124,3
Miles de millones colones 2012 ^c					
Total gastos	1 058,0	1 174,0	1 279,3	1 337,7	1 363,3
Porcentajes					
Crecimiento gastos reales	-	11,0	9,0	4,6	1,9
Distribución gasto	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Remuneraciones	60,2	63,7	68,5	67,0	65,9
Cesantía ^a	1,1	1,2	1,7	1,5	3,0
Prod. farmacéuticos y medicinales	9,5	7,1	7,0	7,9	7,5
Incapacidades ^b	4,2	4,8	4,6	4,9	5,1
Inversión (bienes duraderos)	6,1	6,3	2,9	2,1	2,0
Mat. y sumin. excepto medicamentos	9,0	7,6	6,5	7,4	7,4
Otros gastos	10,0	9,4	8,9	9,1	9,1

Fuente: CCSS: Liquidaciones Presupuestarias 2008-2012 (Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto).

^a Prebenda que reciben los empleados de la institución que se jubilan y que consiste en el pago de hasta 20 salarios.

^b Pago de subsidios por enfermedad y licencias por maternidad a los asegurados directos.

^c Deflactado con el Índice de Precios al Consumidor.

Como se aprecia en el cuadro 6, el rubro remuneraciones pasó de representar el 60,2% en el 2008, a un 68,5% en el 2011, resultado de los incrementos mencionados. En los años siguientes el crecimiento se ha contenido, pero el porcentaje que representa este rubro se mantiene muy por encima del valor de 2008. Pero a lo anterior debe agregarse el denominado ‘pago de cesantía’, que es un privilegio que se otorgó a los empleados de la institución, que inicialmente consistía en el pago de 12 salarios a los empleados que se jubilan, pero que fue aumentado a 20 salarios, con un enorme impacto en las finanzas

de la institución. Si bien contablemente el pago no se considera dentro de las remuneraciones, sino que es una transferencia a terceros, pasó de representar un 1,1% del gasto en 2008, a un 3% en 2012, y puede seguir creciendo hasta alcanzar magnitudes mucho mayores.

El segundo rubro en importancia, después de las remuneraciones, es el gasto en medicamentos (productos farmacéuticos y medicinales), que pasó de representar un 9,5% en 2008, a poco más de un 7% a partir del 2009, como resultado de la implementación de un nuevo mecanismo de compra de medicamentos, que redujo la necesidad de almacenamiento y el vencimiento de éstos. En los últimos años, como parte de las medidas de disminución del gasto, es muy posible que se hayan generado bajas en la compra de medicamentos y el desabastecimiento de algunos de ellos.

El pago de incapacidades, que se refiere específicamente al subsidio por enfermedad que reciben los asegurados directos y la licencia por maternidad, representa entre un 4% y un 5% del gasto total. En los últimos años se han implementado una serie de medidas para racionalizar el pago de estos subsidios, con impactos positivos importantes.

Por su parte, los gastos de inversión fueron muy elevados en los años 2008 y 2009, pues en ellos se incluye parte del costo de construcción y equipamiento del hospital de Heredia, una obra a todas luces sumamente importante. Con la crisis financiera y finalizada, la obra antes mencionada, el gasto se redujo significativamente, y continúa su descenso hasta 2012, poniendo en evidencia la forma como el ajuste financiero se logró en buena medida a partir de este rubro. Como se indica más adelante en este informe, se estima que la inversión mínima que requiere la institución es de un 6% del gasto, lo que significa que a futuro se verán afectados algunos servicios, así como su expansión.

Como se desprende de lo anterior, más allá de los altibajos, la estructura del gasto del seguro de salud es bastante rígida, con un 70% del gasto en remuneraciones y cesantía, un 7,5% en medicamentos, y un 5% en el pago de incapacidades, lo cual deja un 17,5% para todos los demás gastos, incluyendo el deseable 6% de inversión, lo cual justifica las medidas que se proponen más adelante en este informe.

C. CONSIDERACIONES SOBRE EL GASTO PRIVADO EN SALUD

Para Costa Rica no existe información actualizada sobre el gasto privado en salud. Al momento de la elaboración del presente estudio, el INEC se encontraba realizando la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012-2013, que brindará información sobre estos gastos, incluyendo los de salud.

La encuesta previa de este tipo es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004-2005, la cual fue procesada para efectos del presente estudio. Los rubros captados por la encuesta son: 'medicamentos para primeros auxilios', los 'productos medicinales y farmacéuticos', 'servicios privados médicos y odontológicos', 'tratamientos médicos y servicios auxiliares', y 'aparatos y accesorios terapéuticos'.³

El gasto total en esa dimensión fue de 14.247,5 millones mensuales, según el detalle que se muestra en el cuadro 7. En términos per cápita, el monto es de 3.339 colones por mes. Casi la mitad del gasto corresponde al pago de servicios privados médicos y odontológicos.

³ La Clasificación del Consumo Individual por Finalidades (CCIF) considera como duraderos los artefactos u aparatos y equipo terapéuticos (06.1.3, 13.2.3, 14.2.3), que incluyen principalmente anteojos o lentes, zapatos ortopédicos y otros, por lo que para la presente estimación se consideró más adecuado incluirlos como gasto en salud.

CUADRO 7
COSTA RICA: GASTO PRIVADO MENSUAL EN SALUD

Rubros	Total (millones colones)	Per cápita (colones)	%
Total salud	14 247,5	3 339	100,0
Medicamentos para primeros auxilios	368,2	86	2,6
Productos medicinales y farmacéuticos	4 111,3	963	28,9
Servicios privados médicos y odontológicos	7 050,0	1 652	49,5
Tratamientos médicos y servicios auxiliares	1 360,5	319	9,5
Aparatos y accesorios terapéuticos	1 357,5	318	9,5

Fuente: Estimación propia con la base de datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004-2005 (INEC).

Al anualizar las magnitudes estimadas, el gasto privado (hogares) en salud alcanzaría casi 171.000 millones de colones, cifra que representa un 1,9% del PIB promedio de esos dos años. Ese gasto anualizado constituye casi 375 millones de dólares, con un per cápita anual de 87,5 dólares.

Debido a que en 2004-2005 el gasto público en salud representó un 5%, el gasto conjunto público y privado (hogares) ascendería en esos años a 7%. No obstante, para los años más recientes se debe esperar un incremento significativo en el gasto privado en salud, junto con el aumento ya observado en el gasto público.

Por último, conviene destacar que una estimación del gasto privado en salud (hogares) realizada para 1998 por Picado y Sáenz (2000) determinó que en ese año dicho gasto representó un 1,8% del PIB, confirmando un proceso gradual de aumento.

III. GESTIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD

Con la unificación de los servicios de salud en la CCSS y la reforma del sector, el nuevo modelo de atención (o modelo readecuado) se caracteriza principalmente por la atención integral que, desde la perspectiva de los servicios de salud, son las acciones que incluyen aspectos de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente, con un enfoque integral del proceso salud-enfermedad (biopsicosocial).

A. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El modelo readecuado de atención planteó que la entrega de servicios se realizaría en red. Para cumplir ese propósito, el país se dividió territorialmente en “Áreas de Salud”, y éstas a su vez en sectores. Las Áreas de Salud son consideradas las unidades básicas de la institución y están a cargo de un Director(a) Médico, que a su vez está asesorado por un equipo técnico y administrativo denominado equipo de apoyo. La población ideal adscrita a cada área es de entre 15.000 y 40.000 habitantes en zonas rurales y entre 30.000 y 60.000 habitantes en las zonas urbanas. Cada Área de Salud cuenta con un Equipo de Apoyo, conformado por Trabajo Social, Medicina Familiar y Comunitaria, Farmacia, Nutrición, Enfermería, Microbiología, Odontología, Psicología y otros de apoyo administrativo.

Cada sector es atendido por al menos un Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) —idealmente un equipo por cada 4.000 habitantes—, integrado fundamentalmente por un Médico General, Auxiliar de Enfermería, Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP), Auxiliar de REDES y Técnico de Farmacia.

Juntos conforman el denominado Equipo de Salud y son los responsables de ofrecer a la población un servicio ágil, oportuno y de calidad, fomentando el trabajo en equipo, la continuidad de la atención, garantía del seguimiento y conocimiento de la familia y la responsabilidad grupal, con participación de todos los actores en cada comunidad. A diciembre de 2010, el país contaba con 103 Áreas de Salud y 1.011 EBAIS distribuidos en dichos establecimientos para la atención de la población (Gerencia Médica de la CCSS).

El modelo estableció tres niveles de atención, con las siguientes características:

1) Primer nivel de atención: corresponde a los servicios básicos de salud y comprende acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su curación, rehabilitación de menor complejidad que se practiquen respecto de la familia, en los ámbitos intradomiciliario, de consulta externa o ambulatoria general.

2) Segundo nivel de atención: tiene como finalidad apoyar al nivel primario mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con un alto grado de complejidad y especialidad. Los establecimientos de salud en este nivel son: Áreas de Salud tipo 2 y 3, hospitales generales (periféricos 1, 2, 3 y los regionales).

3) Tercer nivel de atención: en este nivel se ubican los servicios curativos y de rehabilitación más complejos que se ofrecen en el territorio nacional; su área de atracción puede abarcar el territorio de varias provincias. En este nivel se concentran los hospitales nacionales y especializados.

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y concretamente al subsistema de servicios de salud pero, según la complejidad del problema de salud que presente la persona, mediante el sistema de referencia y contra referencia se garantiza el acceso al segundo y tercer niveles de atención de la CCSS.

En el año 2010, según información del Sistema de Control Presupuestario de la CCSS, en el primer nivel de atención se realizó un 27,7% del gasto de operación del seguro de salud, en el segundo nivel un 35,7% y en el tercero un 36,5%. Con respecto al año 2001 hay un cambio importante en la estructura (21,5%, 26,1% y 52,4% respectivamente), que refleja el creciente fortalecimiento proporcionado a los dos primeros niveles.

Los establecimientos de salud están organizados en tres redes de servicios de salud, según su complejidad y demanda, que pretenden garantizar la continuidad del servicio, dando la respuesta requerida al usuario del servicio de salud. Estas tres redes de servicios de salud son: Red Noroeste, Red Sur y Red Este.

Como se indica en CCSS, 2010, cada una de estas redes tiene adscrito un conjunto de establecimientos de salud, que prestan servicios diferenciados en tres niveles de atención, a saber: I Nivel (áreas de salud), II Nivel (Áreas con especialidades médicas, hospitales regionales y hospitales periféricos) y III Nivel (hospitales nacionales generales y especializados). Estos hospitales y centros especializados constituyen los centros de referencia nacional de todos los establecimientos de las tres redes.

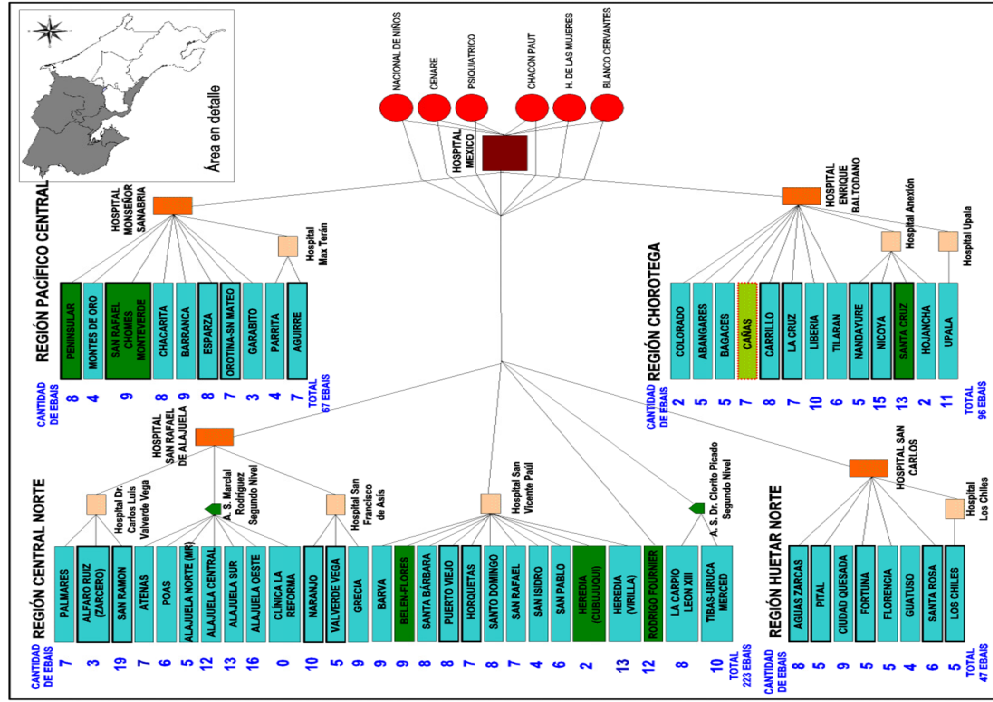
La Red Noroeste es la más grande y está conformada por 59 áreas de salud, siete de las cuales disponen de algunas especialidades básicas, cuatro hospitales regionales y siete hospitales periféricos. El hospital general de referencia de mayor complejidad es el Hospital México. Las Regiones que la integran son: Región Chorotega, Región Pacífico Central, Región Huetar Norte y la Región Central Norte.

La Red Este está integrada por un total de 27 Áreas de Salud, de las cuales cuatro disponen de al menos una especialidad básica, dos hospitales regionales y dos hospitales periféricos. El hospital general de referencia de mayor complejidad de esta red es el Hospital Calderón Guardia. Las regiones Huetar Atlántica y gran parte de la Región Central Sur conforman esta red.

La Red Sur la integran 19 áreas de salud (6 de ellas con especialidades), un hospital regional y cuatro hospitales periféricos. El Hospital San Juan de Dios es el hospital nacional general de referencia de esta red en el III Nivel de Atención (de mayor complejidad). La integran las regiones Brunca y parte de la Central Sur.

MAPA 1 DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EN TERRITORIO COSTARRICENSE

RED NOROESTE



B. LOS RECURSOS HUMANOS DEL SEGURO DE SALUD

Al año 2011, el seguro de salud contaba con 50.091 empleados, con el detalle que se presenta en el cuadro 8. De ese total, un 21,9% corresponde a profesionales en salud (médicos, odontólogos, farmacéuticos, microbiólogos, psicólogos y enfermeras graduadas); un 39,1% a técnicos y auxiliares de salud (asistentes de pacientes, Asistentes Técnicos de Atención Primaria, ATAP, auxiliares de enfermería, auxiliares y técnicos en farmacia, auxiliares y técnicos en laboratorio, nutrición, trabajo social y otros técnicos, asistentes y auxiliares); un 15,3% a personal de servicios generales (vigilancia, limpieza, proveeduría y bodega, mantenimiento, producción industrial y otros), y 23,7% a personal administrativo (profesionales, técnicos y no profesionales).

CUADRO 8
COSTA RICA: PERSONAL DEL SEGURO DE SALUD
POR GRUPO OCUPACIONAL, 2011

	Personas	%
Total	50 091	100,0
Profesionales salud	10 964	21,9
Médicos	5 756	11,5
En funciones sanitarias	5 115	10,2
En funciones administrativas	641	1,3
Odontólogos	592	1,2
Farmacéuticos	826	1,6
Microbiólogos	615	1,2
Psicólogos	200	0,4
Profesionales en enfermería	2 975	5,9
Técnicos y auxiliares en salud	19 572	39,1
Asistente de pacientes	3 832	7,7
Asistente técnico de atención primaria	1 384	2,8
Auxiliar de enfermería	6 887	13,7
Auxiliar y técnico de farmacia	2 253	4,5
Auxiliar y técnico de laboratorio	1 198	2,4
Nutrición	1 519	3,0
Trabajo social	293	0,6
Otros asistentes y auxiliares	1 217	2,4
Otros técnicos	989	2,0
Servicios generales ^a	7.667	15,3
Servicios administrativos ^b	11 888	23,7

Fuente: Anuario Estadístico 2011, Dirección Actuarial de la CCSS.

^a Incluye: vigilancia, limpieza, proveeduría y bodega, mantenimiento, producción industrial y otros.

^b Incluye profesionales, técnicos y no profesionales.

Es importante destacar que de poco más de uno de cada diez médicos (11,1%) se dedica a labores administrativas, lo cual —como se verá en el siguiente capítulo— es considerado con un problema de ineficiencia del sistema. En el 2011 se dedicaban a labores sanitarias propiamente 5.115 médicos, por lo que para una población estimada para ese año por el INEC de 4.614.498 personas, resulta en una proporción de 902 personas por cada médico del seguro de salud en funciones sanitarias.

El número de ocupados en labores administrativas, que representa un 23,7% del total de éstos, pone en evidencia un problema de ineficiencia, al cual se hace referencia en el próximo capítulo.

C. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS POR EL SEGURO DE SALUD

El seguro de salud brinda una gran cantidad de servicios de salud a los asegurados, cuya enumeración, descripción y cuantificación escapa a las posibilidades del presente. Sin embargo, resulta de gran importancia brindar una idea sobre la magnitud de la producción de salud de la institución.

Las cifras se refieren al año 2011, últimas disponibles, y son elaboradas por el Área de Estadística en Salud de la CCSS.

1) Camas: el seguro social de salud contaba en el 2011 con 5.636 camas (véase el cuadro 9), distribuidas porcentualmente entre servicios de la siguiente forma: 27,1% en Medicina, 26,4% en Cirugía, 5,6% en Ginecología, 11,7% en Obstetricia, 8,4% en Pediatría, 4,6% en Neonatología y 16,2% en Psiquiatría.

CUADRO 9
SEGURO SOCIAL DE SALUD EN COSTA RICA: CAMAS, EGRESOS
HOSPITALARIOS, ESTANCIA PROMEDIO Y GIRO DE CAMAS, 2011

	Camas	Egresos	Estancia promedio	Giro de camas
Total	5 636	330 707	6,2	49,7
Medicina	1 528	51 611	10,1	34,1
Cirugía ^a	1 488	113 578	7,1	42,3
Ginecología	315	26 037	2,9	82,7
Obstetricia	661	90 455	2,3	136,6
Pediatría	471	29 785	4,9	65,9
Neonatología	260	13 807	6,5	48,3
Psiquiatría	913	5 434	45,7	5,4

Fuente: Área de Estadística en Salud de la CCSS.

^a No incluye cirugía ambulatoria.

2) Egresos hospitalarios: en el 2011 se dieron 330.707 egresos hospitalarios, la mayor parte de los cuales corresponde a ‘Embarazo, parto y puerperio’ con 28,6% del total, seguido por ‘enfermedades del sistema digestivo’ con 10,3%. Luego siguen un grupo de diagnósticos que individualmente representan entre 5,6% y un 7,2% del total de egresos, y en conjunto, un 38,3%, que consisten en (en

orden decreciente): enfermedades del sistema genitourinario, accidentes, enfermedades del sistema nervioso y sentidos, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio, y tumores.

Por tipo de servicio (cuadro 9), los egresos hospitalarios corresponden de la siguiente forma: 15,6% a medicina, 34,3% a cirugía (excluyendo ambulatoria), 7,9% a ginecología, 27,4% a obstetricia, 9% a pediatría, 4,2% a neonatología y 1,6% a psiquiatría.

Es importante destacar que del total de egresos, un 83% correspondieron a asegurados y un 17% a no asegurados (13,3% nacionales y 3,7% extranjeros).

Otro aspecto relevante es el área por la cual ingresaron los posteriormente egresados: un 61,2% ingresó por urgencias, un 36% por consulta externa y un 2,8% corresponden a nacimientos.

La estancia promedio fue de 6,2 días (no incluye cirugía ambulatoria), con diferencias importantes por tipo de servicio: 10,1 días en medicina, 7,1 en cirugía (excluyendo ambulatoria), 2,9 en ginecología, 2,3 en obstetricia, 4,9 en pediatría, 6,5 en neonatología y 45,7 en psiquiatría.

3) Giro de camas: en el 2011 el giro de camas (número de pacientes egresados por cama) fue de 49,7 para todos los servicios: 34,1 para medicina, 42,3 para cirugía (no incluye cirugía ambulatoria), 82,7 en ginecología, 136,6 en obstetricia, 65,9 en pediatría, 48,3 en neonatología y 5,4 en psiquiatría (cuadro 9).

4) Consultas: en el año 2011 el seguro social de salud brindó más de 18 millones de consultas, 5,3 millones en urgencias y 13 millones en consulta externa (véase el cuadro 10).

Es importante destacar que el elevado número de consultas en urgencias se explica en parte porque es un mecanismo que utilizan los asegurados para tratar de reducir los tiempos de espera, principalmente con especialistas, pues de esa forma logran una atención más inmediata. Sin embargo, un gran número de ellas corresponden a urgencias efectivas.

Del total de consultas médicas (10,1 millones), 2,4 millones fueron brindadas en hospitales, poco más de 57.000 en clínicas y 7,6 millones en áreas de salud.

5) Medicamentos: en el año 2011 se despacharon un total de 71.173.517 medicamentos, 4.064.354 en hospitalización, 53.047.283 en consulta externa, y 10.925.412 en urgencias, con un promedio de 2,1 medicamentos en cada atención de urgencias, 3,8 en consulta externa y 12,3 en hospitalización.

6) Exámenes de laboratorio, placas radiográficas y otros: en el año 2011 se realizaron 48.106.235 exámenes de laboratorio, 2.245.935 placas radiográficas, 1.657.560 estudios de rayos X, 26.913 fluoroscopías, 82.480 mamografías y 262.452 ultrasonidos.

7) Indicadores resumen: finalmente, en el cuadro 11 se presentan los principales indicadores resumen del seguro de salud, que complementan la información anterior.

CUADRO 10
COSTA RICA: ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA
EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD, 2011

	Consultas	% total
Total	18 367 548	100,0
Urgencias	5 338 528	29,1
Consulta externa	13 029 020	70,9
Médicas	10 103 331	55,0
Medicina general	7 390 617	40,2
Especialistas	2 706 207	14,7
Odontología	2 294 478	12,5
Otros profesionales	631 211	3,4

Fuente: Área de Estadística en Salud de la CCSS.

CUADRO 11
COSTA RICA: INDICADORES RESUMEN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD, 2011

Indicador	Valor
Camas de hospital por 1 000 habitantes	1,22
Consultas de especialidades médicas por 100 habitantes	58,66
Consultas de medicina general por habitante	1,60
Consultas externas médicas por egreso hospitalario	30,55
Consultas por hora médica contratada	3,36
Exámenes de laboratorio por consulta externa	2,30
Exámenes de laboratorio en hospitalización por egreso hospitalario	27,40
Hospitalizaciones (ingresos) por 100 habitantes	6,06
Medicamentos despachados en hospitalización por egreso hospitalario	12,29
Medicamentos despachados por habitante	15,42
Partos atendidos por 100 mujeres de 15-49 años	5,56
Tasa de autopsias por 100 defunciones	14,67
Tasa de cesáreas por 100 partos	20,52
Tasa de mortalidad fetal hospitalaria (por 1 000)	108,54
Tasa de mortalidad hospitalaria (por 1 000)	22,26
Tasa de mortalidad materna hospitalaria (por 10 000)	0,55
Tasa de mortalidad post-operatoria (por mil)	9,51

Fuente: Anuario Estadístico 2011, Dirección Actuarial de la CCSS.

D. CONSIDERACIONES SOBRE EL SISTEMA DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS

Los medicamentos se compran centralizadamente en la institución, pero en caso de desabastecimiento, se autoriza a los establecimientos desconcentrados a que realicen compras directas ‘de emergencia’. Sin embargo, esa práctica no ha sido del todo satisfactoria, pues los precios a los que se realizan son significativamente más elevados que los pagados centralizadamente. Por ello, las compras directas de emergencias por parte de los establecimientos desconcentrados se han limitado significativamente (aunque no han desaparecido).

Como se refleja en el cuadro 6 y ya se ha mencionado, en el año 2008 se produjo una fuerte caída en el gasto en medicamentos, debido principalmente a que se cambió la forma de adquisición. Se estableció un sistema de seguimiento de los inventarios más confiable, y se mejoraron las proyecciones de consumo de los medicamentos más importantes, lo cual permitió realizar compras mejor programadas. Además, en el contrato de compra se establecieron plazos programados para la entrega de los medicamentos en lotes, con una fuerte reducción en el costo de almacenamiento (pues éste comenzó a correr por cuenta del proveedor), así como de su caducidad.

IV. A MODO DE CONCLUSIÓN: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD

A finales del año 2009 el Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CCSS, o seguro social de salud, comenzó a atrasar el pago a proveedores más allá de lo normal, aspecto que fue visto como una primera señal de que algo no estaba bien con las finanzas de la institución. La situación financiera se continuó agravando, y en marzo del 2011 la Junta Directiva de la CCSS acordó solicitar a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la realización de un estudio sobre el estado de la situación financiera del seguro de salud en su condición actual y proyectada para cada año hasta el 2015 (artículo 18 de la sesión N° 8500).

El informe de la OPS fue presentado para conocimiento de la Junta Directiva de la CCSS el 15 de julio. Dicho informe incluye un análisis de la forma en cómo se llegó a la situación financiera actual, proyecciones financieras a futuro (hasta el 2015) con diferentes supuestos, y una serie de escenarios de política institucional para hacer frente a la situación prevista.

En la sesión N° 8520 del 21 de julio, la Junta Directiva acordó integrar un equipo de especialistas nacionales (en adelante ‘equipo de expertos’) para *“realizar un análisis integral de los resultados del Informe Técnico de los Especialistas de la Organización Panamericana de la Salud, y valorar el alcance de los resultados de los escenarios presentados y de las medidas previamente adoptadas por la institución, así como recomendar las acciones adicionales de corto, mediano y largo plazo”*. El plazo establecido para la presentación del informe por parte de ese equipo técnico fue de dos meses (agosto y septiembre). Además, se acordó nombrar un grupo de técnicos institucionales para que apoyaran al equipo de especialistas.

El equipo de expertos presentó puntualmente su informe a finales de septiembre, y consiste en un conjunto de 81 recomendaciones en las materias de ingresos, gastos y gestión institucional y calidad de los servicios, pues como se indica en el informe *“detrás de los problemas de sostenibilidad financiera encontramos serios problemas de gestión, que se refleja tanto en una menor recaudación de ingresos y en la cantidad y calidad de los gastos, los cuales deben ser corregidos en el muy corto plazo para contar con un seguro de salud sostenible. Pero además, la recuperación de la sostenibilidad financiera constituye una oportunidad para mejorar la equidad, calidad y oportunidad de los servicios que recibe la población asegurada”* (CCSS, 2011: 2).

Se incluyen entre las mismas recomendaciones concretas para solucionar la situación financiera del seguro de salud entre 2011 y 2015, y en un planteamiento más amplio de medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad actual y futura del régimen.

Es importante destacar, en primer lugar, que en lo referente a la situación financiera del seguro social de salud, el equipo de expertos coincide con la OPS (2011) en que el problema financiero que enfrenta la CCSS se debe al fuerte crecimiento de los gastos en los últimos años (especialmente por *“un crecimiento sin precedentes de la planilla laboral combinado con fuertes incrementos en los salarios”*), con un menor crecimiento de los ingresos. Se realizan recomendaciones específicas para contener el aumento de los gastos y para elevar los ingresos. Sin embargo, conviene destacar que el equipo de expertos no considera el alza de las primas de aseguramiento entre las alternativas (coincidentemente con la OPS), pues aclaran que los problemas de gestión que actualmente enfrenta el SEM son de tal magnitud, que mientras éstos no se resuelvan, se carecerá de claridad sobre la viabilidad de lograr sostenibilidad financiera sin necesidad de subir las contribuciones.

Con respecto a la globalidad de las recomendaciones, los autores (equipo de expertos) señalan que deben ser consideradas de manera integral y, deseablemente, dar lugar a una simultaneidad de las acciones. Y aunque es difícil definir prioridades de acción para el caso de recomendaciones específicas, consideraron en el momento de presentación del informe la urgencia de implementar aquellas dirigidas a:

- Aumentar la recaudación de ingresos (contribuciones obrero-patronales y pagos del Estado), pero manteniendo para el año 2012 una estimación prudente del presupuesto de ingresos;
- Contener los gastos, principalmente en remuneraciones (afectando tanto el salario como el número de empleados, pero especialmente reduciendo los pagos por tiempo extraordinario), pero también mejorando los procesos de compra e incidiendo en otros rubros de gasto;
- Renovar los puestos de dirección, realizando concursos públicos abiertos para seleccionar a las personas que van a ocupar los puestos;
- Instaurar mecanismos que garanticen anualmente una adecuada rendición de cuentas de todos los puestos de jefatura, en función de su aporte a logro de los objetivos institucionales;
- Reducir el gigantismo administrativo del nivel central, mediante una reestructuración organizativa;
- Revertir el proceso de desconcentración;
- Consolidar los procesos de planificación y evaluación en una sola Dirección institucional que cumpla a cabalidad con lo que deben ser esos procesos;
- Controlar los horarios y aumentar la productividad del personal médico;
- Transparentar y eliminar las listas de espera, y
- Conformar un grupo externo de transición que acompañe el proceso de cambio gerencial y organizativo.

El equipo de expertos describe lo referente a los servicios de salud de la siguiente forma: “Problemas de calidad en los servicios de salud se reflejan en los largos tiempos de espera que ponen en riesgo la vida y/o la condición de salud de la población asegurada y/o generan tratamientos posteriores más costosos para la institución, la familia y la sociedad. Las listas de espera se originan en una insatisfactoria organización de la red de servicios, en la indefinición del modelo hospitalario, en los escasos mecanismos de coordinación entre niveles y en la insuficiente capacidad resolutoria de los servicios del primer nivel. Esto se combina con una insatisfactoria organización del turno ordinario y la ausencia de registros de horarios de los servicios médicos y de una evaluación de la productividad de médicos y personal especializado. El pago de horas extras, disponibilidades y tiempo extraordinario se ha convertido en una fuente de enormes egresos sin que redunde en mejores servicios para la población. Existe además una práctica desleal entre lo público y lo privado que es ampliamente conocida por toda la población. El caso de radioterapia es sólo uno enmarcado en una proliferación de clínicas y otros servicios privados en los alrededores de los servicios de la Caja. Se desconocen los costos reales de atención en servicios de salud y de hecho dichos costos parecen ser variables entre establecimientos del mismo nivel de atención en diferentes regiones. Un problema de fondo es que presupuestos históricos (que sólo se rompen con respecto a algunos servicios en función de criterios discrecionales poco claros) no corresponden a necesidades de la población atendida. Los compromisos de gestión tampoco han cumplido la función de vincular el presupuesto a metas sanitarias. Como ejemplo de la disociación entre metas sanitarias y asignación/gasto presupuestario, se observa que la región que tiene los menores gastos reportados es sistemáticamente la Región Huetar Atlántica, que es a la vez la que muestra los peores indicadores en salud. Hay importantes inequidades de la atención (geográfica, socioeconómica, de acceso

y utilización). No se recaba información que evidencie de manera desagregada (por ejemplo, geográficamente) las brechas de atención y menos aún sobre inequidades en salud, por lo que la toma de decisiones en todos los niveles podría estar obviando sus implicaciones y la responsabilidad en su reducción, permanencia o intensificación. Todos estos aspectos están relacionados con la ausencia del registro electrónico de atención que permita la recolección inmediata de la información en el lugar donde se ofrece la atención y su posterior análisis e integración a la toma de decisiones”.

Por ello, en lo que se refiere a gestión institucional y calidad de los servicios, realizan una serie de recomendaciones, las cuales se enumeran a continuación (la gran mayoría de las recomendaciones fueron de consenso entre todos los miembros del equipo, excepto aquellas para las que se incluye entre paréntesis el apellido de quienes las apoyaron):

R.67. Revertir el proceso de desconcentración.

R.68. Fortalecer las subredes de atención a partir de cambios graduales en la asignación de los recursos.

R.69. Declarar el expediente electrónico una prioridad institucional, con plazo perentorio para su implementación a nivel nacional y en los tres niveles de atención.

R.70. En un plazo máximo de un año, disponer de un sistema preciso de estimación de los costos institucionales de prestación de los diferentes servicios.

R.71. Abordar el conflicto de intereses entre práctica pública y privada.

R.72. Crear la posición de Gerente de Hospital en manos de personal no médico.

R.73. Transparentar las listas de espera en un plazo de seis meses.

R.74. Fortalecer las acciones de salud pública preventiva.

R.75a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Delimitar la prestación de servicios de salud.

R.75b. (Martínez) Mantener un sistema abierto de prestación de servicios de salud.

R.76. Estimar y divulgar públicamente las estadísticas pertinentes para conocer el desempeño actual de los servicios en materia de enfermedades y mortalidad prevenible.

R.77. Evaluar las Juntas de Salud como mecanismo idóneo para garantizar la participación de la población usuaria.

R.78. Las contralorías de servicios deben dar prioridad a la medición de la satisfacción de los asegurados.

R.79. Definir la política y mecanismos de cobro al INS y a las aseguradoras privadas en virtud de la apertura del mercado de seguros en el país.

R.80. Evaluar la modalidad de “Médico de empresa” con miras a su fortalecimiento.

R.81. (Carrillo y Naranjo) Promover la creación de cooperativas de salud.

A la fecha de elaboración del presente estudio, casi dos años después de presentado el informe de la Comisión de Expertos, la CCSS no ha elaborado un informe oficial indicando cuales de las recomendaciones habían sido acogidas y cuáles no, y de las acogidas tampoco se ha informado sobre el grado de avance. Durante 2011 y 2012 se aplicaron importantes medidas de contención del gasto (principalmente en el pago de horas extras, el pago de incapacidades, becas y contratación de consultorías) y esfuerzos por incrementar los ingresos (en especial la negociación con el gobierno para que asuma los pagos que por ley debe realizar y el pago de la deuda); sin embargo, el riesgo de la crisis financiera permanece latente, y los problemas de calidad y gestión no parecen estar en proceso de solución.

BIBLIOGRAFÍA

- Caja costarricense de Seguro Social (CCSS) (2011), “Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS”, Junta Directiva, San José.
- _____ (2010), “Caracterización de las Regiones de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”, Dirección de Proyección de Servicios de Salud, San José.
- _____ (varios años), “Anuario Estadístico”, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, San José.
- _____ (varios años), “Estadística de Patronos, Trabajadores y Salarios”, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, San José.
- Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (2009), “Colegio de farmacéuticos promueve el debate sobre sentencias de la sala constitucional que obligan a la CCSS a comprar medicamentos fuera de la lista oficial”, Boletín de Prensa 11-2009, San José.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2011), “Informe sobre el estado de situación financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social: Situación reciente y proyecciones”, San José.
- Picado, G. y K. Sáenz (2000), “Estimación del gasto privado en servicios de salud en Costa Rica”, Caja Costarricense de Seguro Social, Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Departamento de Estudios Económicos, San José.